

**Für stationäre Patienten** (bitte ankreuzen)

- Zu Fuss
- Im Rollstuhl
- Im Bett

Station: \_\_\_\_\_

**Anmeldung**

T +41 41 208 30 30  
F +41 41 208 30 26  
herzbildgebung.stanna@hirslanden.ch

Etikette des stationären Patienten

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse:	PLZ/Ort:	
Telefon P/G/Mobile:	Kostenträger:	
<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	Unfalldatum:	AHV-Nr.:
<input type="checkbox"/> Patient bitte aufbieten	Vers.-/Unfall-Nr.:	Karten-Nr.:

**Terminwunsch:** \_\_\_\_\_ bis spätestens: \_\_\_\_\_ **Bestätigter Termin:** \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_

*Falls Voraufnahmen vorhanden, bitte mitgeben/uns zukommen lassen.*

**Gewünschte Untersuchung:**

- Herz MRT
- Herz CT
- Myokard-SPECT (Ischämie)
- TAVI-CT
- PET (Viabilität)
- Untersuchungsmodalität nach Fachwissen des Spezialisten

**Klinische Angaben/spezielle Fragestellung:**

Reserviert intern

**Kreatinin:** \_\_\_\_\_ **Grösse:** \_\_\_\_\_ **Euthyreot:**  ja  nein  
**Clearance (errechnet):** \_\_\_\_\_ **Körpergewicht:** \_\_\_\_\_ **Schwangerschaft:**  ja  nein  
Nur für PET/CT: **Diabetes**  ja  nein → wenn ja:  Orale Antidiabetika  Insulin **Asthma:**  ja  nein

**Wichtig bei MRT-Untersuchung** (bitte vollständig ausfüllen)

Pacemaker	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Neurostimulator	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Allergie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hörgerät	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fremdkörper (Metall)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Klaustrophobie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Insulinpumpe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Metallclips	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zahnprothese	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

→ Implantate mit Magnetverankerungen unbedingt vorher vom Zahnarzt herausnehmen lassen.  
→ Make-up beeinflusst die MRT-Untersuchung und sollte wenn möglich nicht getragen werden.

**Befund:**  via HIN  via Fax

**Befundkopie:** \_\_\_\_\_

**Vorbilder an:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

Verordnender Arzt (Stempel):